W sprawie techniki przy amputacyi podudzia.

Podał Prof. Dr. A. Obaliński.

W czasie, kiedy chirurgija zajmuje się tak wielkiemi zagadnieniami, jakiém jest operacyjne leczenie trzew zawartych w wielkich jamach ciała, chcieć mówić o technice najzwyklejszéj amputacyi, wydaje się być anachronizmem, a jednak w ostatnich kilku tygodniach ukazały się aż dwa doniesienia w niemieckich czasopismach lekarskich, mające na celu rozpowszechnienie metody, któraby chroniła od przebicia się brzegu kości przepiłowanéj przez części miękkie, osobliwie w przypadkach amputacyi podudzia. Dowodzi to najlepiéj, że sprawa ta była ważną i na czasie.

Każdy więcéj zatrudniony chirurg, a osobliwie ze starszych, którzy funkcyjonowali jeszcze przed rokiem 1874, t. j. przed rozpowszechnieniem się ogólném antyseptyki, przyzna mi, że obok stosunkowo wielkiéj śmiertelności przygnębiająco działała przy téj prostéj operacyi jeszcze ta okoliczność, że za często wydarzała się tak zwana stożkowatość kikuta *(conicitas)*, przez co rozumiano sterczenie kości przepiłowanéj, jużto uległéj częściowéj martwinie, jużto pokrytéj ziarniną, lecz w każdym razie będące przyczyną trudnego gojenia się a nawet zupełnego niegojenia się rany amputacyjnéj.

Antyseptyka zrobiła tutaj bardzo wiele zniżając tak znacznie odsetek śmiertelności, gdyż w przybliżeniu i z gru-

bsza tylko biorąc zeszedł tenże z 30% na 3%; oprócz tego zapobiega ona flegmonom, martwinom kości, zgorzeli płatów itp. sprawom, prowadzącym w sprawie amputacyjnéj do tak zwanéj stożkowatości kikuta. Jednéj rzeczy tylko nie zdołała usunąć, a mianowicie mechanicznego przebijania się brzegu kości, pozostałego po odpiłowaniu, przez pokrywające go części miękkie, osobliwie tam, gdzie one są w cienkiéj tylko warstwie, jak to ma miejsce przy amputacyi w podudziu, a to tém bardziéj, że nie wszystkie amputacyje i pod wpływem antyseptyki goją się przez rychłozrost, osobliwie zaś w tych szpitalach, które nie odpowiadają zupełnie nowożytnym wymogom higijeny. W moim oddziale np. goi się około 70% *per primam*, reszta zaś tylko w jednéj części przez rychłozrost a częścią przez ropienie.

Skoro więc dotychczasowe metody nie mogą nas zabezpieczyć przed tym nieprzyjemnym przypadem, nic więc dziwnego, że starano się w ostatnich czasach o nowe metody, któreby i w tym kierunku wymogom zadosyć uczynić zdołały. Helferich z Gryfii omawia w 36 Nrze *Münchener med. Wochenschrift* metodę, którą on od kilku lat we wielu przypadkach wypróbował, a która na tém polega, że wycina się boczny płat z wewnętrznéj powierzchni saméj skóry podudzia i że chorego układa się na bok, żeby ten płat obwisał ku dołowi, co sprawia, że tenże płat opiera się na mięśniach w poprzek przeciętych a nie na kości.

O wiele dowcipniejszym i samodzielniejszym wydał mi się sposób podany przez Mosetiga w 45 Nrze *Wiener med. Presse.* Odsyłając ciekawego czytelnika do oryginału nadmienię tu tylko, że polega on na wykrojeniu dwóch płatów bocznych, z których zewnętrzny posiada podstawę, a zatém i obwód nieco większy niż wewnętrzny tak, że zeszywając je od dołu w równych odstępach pozostaje nam z większego w górze nad samą przepiłowaną piszczelą różnica, którą we fałdę poprzeczną układamy i w ten sposób nad samą krawędzią téjże kości zamiast napiętéj skóry pofałdowaną a więc luźnie leżącą część płatu otrzymujemy. Autor użył tego spo-

sobu w pięciu przypadkach i otrzymał wypadki bardzo zadowalające.

Doznawszy niejednokrotnie niemiłych skutków owego przebijania się kości obmyśliłem sobie jeszcze przed dwoma laty sposób, którego dotąd w 33 przypadkach amputacyi podudzia, a następnie w 22 przypadkach amputacyi w innych miejscach, razem więc w 55 przypadkach ze świetnym skutkiem doświadczyłem, na któryto sposób, tak ze względu na jego dobre wyniki, jakoteż na jego prostotę w wykonaniu pozwalam sobie zwrócić uwagę szanownych kolegów zawodowych.

Wykrawam według zwykłych zasad chirurgii operacyjnéj dwa płaty boczne zupełnie równe wraz z mięśniami, każdy w kształcie litery U i zespajam je dwoma rzędami szwów, t. j. płytkowemi i węzełkowemi. W zastępstwie tych ostatnich może być użytym także szew kuśnierski. Najgłówniejszą rzeczą jest założenie szwu płytkowego górnego; ten bowiem ma zapobiegać przebijaniu się krawędzi kości przez skórę. W tym celu zakłada się go tak, żeby poprzeczny drut srebrny łączący obydwie płytki opierał się na kości, przez co części miękkie ponad kością składają się w rodzaj grzebienia ku górze i przodowi sterczącego, a tém samém uwolnione bywają od ucisku wynikającego z przegięcia tychże części przez krawędź kości.

Nie ulega kwestyi, że tego rodzaju szew mógłby być zastósowanym także w metodzie kolistéj dwuczasowéj lub z rękawkiem, wytwarzając nim po prostu fałdę w częściach miękkich tuż ponad kością piszczelową położonych, lecz według mego doświadczenia zdają się płaty mięsne przez swą grubość i jędrność zapobiegać z jednéj strony zsuwaniu się tego szwu przed kość a z drugiéj wytwarzaniu się przestrzeni martwych. Jeżeli w ogóle ważną jest rzeczą utrafić naprężenie drutu przy zakładaniu szwów płytkowych, to dotycze to szwu w mowie będącego jeszcze w wyższym stopniu. Miary nabywa się przez doświadczenie i wprawę; teoretycznie tylko tyle powiedzieć mogę, że należy wystrzegać się za mocnego ściskania płytkami części miękkich.

Z powodu układania się części miękkich ponad i przed kością na wzór grzebienia koguciego nazwałem metodę moją *metodą grzebieniową*. Po zagojeniu się rany wygładza się ów grzebień w zupełności, a w ten sposób otrzymany kikut amputacyjny przedstawia się o wiele piękniéj niż kikuty po dawniejszych metodach.

Która z tych dopiero co omówionych metod największą wyrobi sobie wziętość w praktyce, to rozstrzygnie dopiero przyszłość i poparcie ze strony kolegów fachowych. Ja z méj strony nie bardzo przemawiałbym za metodą *Helfericha* raz dla tego, że pojedynczy, a więc długi, płat z saméj skóry o wiele rychléj mógłby uledz zgorzeli w danym razie, niż dwa krótkie a grube płaty mięsne, powtóre zaś, że nie każdy chory dałby się nakłonić do leżenia na bok po amputacyi. Metoda *Mosetiga* wydaje mi się o wiele ponętniejszą i postanowiłem nawet wypróbować ją w najbliższych przypadkach.

Na zakończenie zwracam się z prośbą do kolegów zawodowych, aby w swych doświadczeniach i o mojéj metodzie pamiętać raczyli.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1887. Nr. 49.

Kraków, 1887. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.